Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 października 1882. № 40. Rok XXI.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypady w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkniętego kiłą wczesną.

Skreślił Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Z tego co powiedziano wynika, że uważać należy porażenie obustronne nerwu twarzowego za ośrodkowe, przeważnie gałęzi dolnych, a ze względu, że mu towarzyszy anartryja, utrudnione żucie i połykanie, niemożebność ściągania warg, niepodobieństwo gwizdania i dmuchania tudzież zmiany mimiki, niedowład podniebienia miękkiego, mowa gęgająca, częste zachłystanie, ślinienie a wreszcie nieuzasadniona płaczliwość, sądzimy, że przyczyna jego tkwi w rdzeniu przedłużonym w okolicy, w któréj nerw twarzowy, językogardłowy, języko-ruchowy biorą swój początek. Brak atoli zboczeń w odżywianiu w mięśniach porażonych, jak tego dowodzi badanie przedmiotowe mianowicie prądem elektrycznym, nie przemawia za tém, ażeby zmiana anatomiczna zajmowała same jąderka tych nerwów, z wyjątkiem może nerwu podjęzykowego, w zakresie którego widzimy drgania włókienkowe języka, będące najpodobniéj do prawdy przypadem zaniku języka.

Ściślejsze oznaczenie siedziby anatomicznéj przerzeczonych zboczeń czynnościowych jest niemożebne, a to z powodu nie zupełnie dokładnych wiadomości o czynnościach fizyjologicznych rozmaitych części rdzenia przedłużonego.

Mając tedy przed sobą wybitne zmiany kiły wczesnéj i wielkie podejrzenie, że przyczyna groźnych przypadów ze strony rdzenia przedłużonego może pochodzić ze zmian powyższych, przystąpiono natychmiast do leczenia przeciwkiłowego i zalecono choremu wcierania z szaruchy po 3grm. dziennie i równocześnie jodek potasowy 2grm. dziennie, obok płukaniu gardła chlorkiem potasu. W piątym dniu rozpoczętego leczenia mowa stała się nagle tak niewyraźną, bełkoczącą, że chorego ani słowa nie można było zrozumieć i tylko z giestów poznano, że go mocno głowa boli; ciepłota wieczorna wynosiła 38·5, tętno 96; wcierania i zadawanie jodku potasowego wstrzymano, a ten ostatni środek usunięto dla tego, ponieważ powstało cieczenie łez i liczny trądzik pojawił się na twarzy i plecach. Po upływie dziewięciu dni ból głowy ustąpił, mowa gęgająca wróciła, chory rozpoczął na nowo wcierania i zaczął jod zażywać. Już po 12 wcieraniach spostrzeżono, że różnica w wymawianiu liter *b* i *p* jest widoczna, następnie że chory może lepiéj wargi ściągać i zaczyna gwizdać, czego przedtém nie potrafił, wreszcie że wymowa jest w ogóle zrozumialsza.

Dnia 4go stycznia podwyższono dawkę jodu do 4grm. dziennie; w dwa dni późniéj powstało silne rozwolnienie i z tego powodu wcierania i jod usunięto a zalecono opium. Dnia 6go stycznia chory stracił wieczorem nagle przytomność i przez pięć minut nie wiedział zupełnie o tém, co się z nim stało; za przyczynę omdlenia podaje chory ból i ściskanie w okolicy żołądka, a ponieważ po odzyskaniu przytomności nastąpiło rozwolnienie, przeto zdaje się, że omdlenie zostawało w związku z cierpieniem przewodu pokarmowego. Na drugi dzień po owym przypadku żalił się chory na ból wzdłuż kręgów szyjnych, który się wzmagał przy ucisku wyrostków ościstych 4go, 5go i 6go kręgu szyjnego, atoli przedmiotowo nic się nie dało wyśledzić.

Dnia 25 stycznia z powodu obrzmienia dziąseł przerwano wcierania, których do téj chwili dostał chory czterdzieści i znaleziono co do mowy polepszenie widoczne; chory jednak skarży się ciągle na przykre uczucie, jakiego doznaje w gardle tak przy mówieniu jak i przy połykaniu, i powiada, że zdaje mu się, jak gdyby tam tkwił kołek. W tym czasie ubyło chorego $4^1/_2$ kgm. Po dłuższéj przerwie we wcieraniach, wśród któréj zażywał jodek potasowy, i poprawieniu się odżywienia chorego, wrócono jeszcze do wcierań

w tej nadziei, że zawada w gardle, na którą się nasz pacyjent tak często żalił, przecież się da pokonać; obok zaś tego zapisano choremu jodek z bromkiem potasowym. W miesiąc późniéj opuścił chory klinikę ze znakomitém polepszeniem tak co do mowy jak i co do uczucia zawady w gardle, które obecnie porównywa z przedmiotem znacznie mniejszych rozmiarów, twierdząc, że się ogranicza do wielkości grochu. Nie zadziwi również nikogo, że kłykciny wilgotne, o których mowa była powyżéj, po tak energiczném leczeniu ustąpiły bez śladu, chory bowiem dostał ogółem pięćdziesiąt sześć wcierań z szaruchy. Oddziaływanie tak nerwów jak mięśni było jak dawniéj prawidłowe. Odżywienie dosyć dobre, w dniu wyjścia ważył 49 kilogramów, przybyło go tedy ogółem w ciągu leczenia jeden kilogram.

Oznaczywszy w ten sposób prawdopodobną siedzibę anatomiczną choroby, wypada nam teraz oznaczyć jéj rodzaj. Jak wiadomo, ze samych przypadów czynnościowych w układzie nerwowym nie można prawie nigdy rozpoznać rodzaju zmiany anatomicznéj, bo przypad chorobowy w układzie nerwowym jest następstwem nie rodzaju lecz usadowienia się zmiany anatomicznéj; tak np. ze samego porażenia połowiczego nie można rozstrzygnąć, czy przyczyną jego jest krwotok do mózgu lub zator tętnicy odpowiedniéj, lecz trzeba uciekać się do wykazania innych zboczeń chorobowych jak np. wady serca, uwzględnić wiek chorego, przebieg choroby itd., aby z większém lub mniejszém prawdopodobieństwem odgadnąć przyczynę porażenia połowiczego. Tak samo i w naszym przypadku wypada nam przejść po kolei zboczenia, jakieby mogły być przyczyną opisanych przypadów, i na zasadzie przebiegu i doświadczenia klinicznego wykazać z niejakiém prawdopodobieństwem rodzaj zmiany anatomicznéj. Takiemi zmianami byłyby tutaj: niedokrewność, przekrwienie, zakrzep i zator, krwotok, nowotwór, stwardnienie wysepkowe (*sclerosis disseminata*), zapalenie ostre i przewlekłe a wreszcie kiła. Niedokrewności nie ma, albowiem przypady utrzymywały się nie chwilowo, lecz przez długi czas, powtóre niedokrewność miejscowo ograniczona bez innych zmian anatomicznych nie mogłaby się długo utrzymać, następnie brak powodu do takiéj niedokrewności, do pewnego bardzo nieznacznego miejsca ograniczonéj. Przekrwienia nie ma, raz dla tego, ponieważ przekrwienie nie prowadzi prawie nigdy do porażeń, powtóre, że przekrwienie takie odosobnione nie mogłoby się utrzymywać tak długo, a wreszcie że nie można dla niego wykazać przyczyny. Embolija i tromboza zwyczajna nie są prawdopodobnemi, bo nie ma źródła ani okoliczności, z którychby je można wywieść. Krwotok byłby możebny i przemawiają za nim: nagłe powstanie zboczenia czynnościowego, powolne ustępowanie zboczeń na obwodzie, uraz poprzedzający, inne zaburzenia w czynnościach mózgu, nakoniec uporczywość zmiany anatomicznéj i ztąd nieustąpienie dotąd porażenia w zakresie nerwu twarzowego. Sprzeciwiają się temu rozpoznaniu: wiek chorego (krwotoki do miąższu mózgowego są rzadkie w wieku takim), ograniczenie się porażenia tylko do kilku nerwów wyłącznie mózgowych, zresztą zapalenie nerwu wzrokowego oftalmoskopem stwierdzone. Nowotwór jest nieprawdopodobny, przemawiają bowiem przeciw niemu najpierw wiek chorego, a jak wiadomo, nowotwory w wieku średnim należą do osobliwości, ostatecznie przebieg kliniczny. Niemniéj wiadomém, że nowotwory są zboczeniami nieuleczonemi, które powstają zwolna, ale rosną ciągle, zaburzenia więc czynnościowe od nich zależne rozwijają się powoli, ale powstawszy raz powiększają się bez przerwy nie okazując ostatecznie żadnéj dążności do polepszenia. U naszego chorego było zaś przeciwnie, zboczenie powstało nagle i ustąpiło w znacznéj części pod wpływem terapii. Brak obrzmienia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego przemawia w naszym przypadku tylko nieznacznie przeciw nowotworowi, a to dla tego, iż przyczynę chorobową umieściliśmy domyślnie w okolicy rdzenia przedłużonego lub w nim samym, a nie mamy na zasadzie dzisiejszych spostrzeżeń dostatecznéj pewności, czy nowotwory w tém miejscu prowadzą, tak jak nowotwory w innych okolicach mózgu do obrzmienia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego. Brak objawów zadrażnienia, mianowicie w zakresie nerwu troistego, zawrotu głowy, porażeń nerwów odnóg przemawiają również przeciw nowotworowi.

Stwardnienie wysepkowe objawia się między innemi mową skandowaną, chodem właściwym, kurczami mięśniów tém wybitniejszemi, im bliżéj chory dochodzi do celu. Tego wszystkiego u naszego chorego nie widzimy, zboczenie zaś mowy przedstawia nam wyraźny obraz anartryi; chód jest prawidłowy a kurczów nie ma żadnych prócz drgań włókienkowych języka, w końcu nie znajdujemy pierwotnego zaniku nerwu wzrokowego.

Zapalenie ostre rdzenia przedłużonego, o ile nam teraźniejsze wiadomości kliniczne o téj chorobie wystarczają, możemy wykluczyć na zasadzie następujących okoliczności, jakoto: ograniczenie się zboczeń czynnościowych do nerwów mózgowych, napad utraty przytomności, napad afazyi, a wreszcie przebieg pomyślny i powolny.

Śledząc daléj przyczyny zmiany anatomicznéj przechodzimy do zapalenia przewlekłego rdzenia przedłużonego i przypuszczenie obecności pomienionego zapalenia także z łatwością możemy wykluczyć, przemawiają bowiem przeciwko niemu: nagłe powstanie choroby, przebieg pomyślny, napady utraty przytomności i mowy, brak przypadów zaniku postępowego mięśniów, zajęcie także górnych gałązek nerwu twarzowego, a nareszcie zupełnie prawidłowe oddziaływanie mięśniów porażonych i ich nerwów względem obydwóch rodzajów prądu elektrycznego.

Zostaje nam przeto jedynie kiła, i nad tém, czy ją w naszym przypadku mamy przypuścić musimy się zastanowić nieco obszerniéj. Najpierw wypada nam uwzględnić, że kiła mózgu i rdzenia pacierzowego występuje głównie w okresie późnym choroby, że atoli i podczas kiły wczesnéj zmiany kiłowe w układzie nerwowym występować mogą i pojawiają się rzeczywiście, wątpliwości żadnéj nie ulega. Przyznaje to sam Fournier (*la Syphilis du cerveau*, 1879, str. 6) (*De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, 1882, str. 370) lubo przypadki takie zalicza do rzadkich, a Mauriac (*Archives de neurologie.* ' Tom I, str. 464) na zasadzie 168 przypadków oświadcza, iż kiła układu nerwowego, mianowicie mózgu i rdzenia pacierzowego, w pierwszym roku choroby, t. j. po cierpieniu pierwotném, nie zalicza się wcale do rzadkich zboczeń, bo w 168 przypadkach pojawiła się 53 razy czyli 31,5%.

Za kiłą w naszym przypadku przemawiają tedy: najpierw wystąpienie choroby u chorego kiłą niewątpliwie dotkniętego, powtóre obecność innych zboczeń ze strony układu nerwowego, jak afazyi i utraty przytomności, które są zboczeniami ze strony kory mózgowéj a zatém powierzchni mózgu, którą kiła nagabuje ze szczególniejszém upodobaniem. Daléj co do zmian zapalnych w nerwie wzrokowym, wia-

domo z poszukiwań Gałęzowskiego (*Traité des maladies des yeux)*) i innych, że nerw wzrokowy ulega stosunkowo często zmianom kiłowym, mianowicie zapalnym, co także znaleziono w naszym przypadku.

Wiadomo również, że tętnice mózgowe ulegają zmianom kiłowym, nie wszystkie atoli równie często. Do takich, które według poszukiwań Heubnera i innych autorów ulegają zmianom powyższym w pierwszym rzędzie, liczymy tętnice na podstawie czaszki, a do tych między innemi oczywiście i tętnice podstawową. Według poszukiwań Dureta (*Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rhachidien. Archives de Physiol. normale et pathol.*, 1873, str. 97) tętnica ta zaopatruje jądra nerwów twarzowych, na wszelki zatém przypadek zostaje w blizkim stosunku do nerwu twarzowego. Co więcéj, wiadomo, że tętnice na podstawie mózgu należą do układu tętnic końcowych, (Heubner *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien.* Leipzig, 1874, str. 187), w których zmiany chorobowe nie mogą się wyrównać przez obieg oboczny. Wiadomo wreszcie, iż ze wszystkich zmian organicznych w układzie nerwowym, szczególniéj zaś w jego ośrodkach, najprzystępniejszemi leczeniu są zmiany kiłowe właściwe. Odnosząc to do naszego przypadku widzimy, iż po zastosowniu energicznego leczenia przeciwkiłowego zmiany czynnościowe w układzie nerwowym zmniejszyły się znacznie. Dowód, że polepszenie to, jakkolwiek tak uderzające, było rzeczywiście skutkiem terapii, jest bardzo trudny.

Jeżeli się atoli zważy, iż zmiany organiczne w rdzeniu przedłużonym, z wyjątkiem nieznacznych krwotoków, do pewnego stopnia nie mają w ogólności skłonności do samodzielnego polepszenia, że krwotok w naszym przypadku nie jest prawdopodobny, przyjdziemy łatwo do przekonania, iż dzielność terapii w przypadku naszym była niezaprzeczoną. Na zarzuty, iż skuteczność leczenia nie dowodzi jeszcze istoty choroby, zgadzam się do pewnego stopnia i tylko w ogólności, albowiem w naszym przypadku wykluczyliśmy prawie na pewne rozliczne zmiany chorobowe, na które rtęć i jod mogłyby działać skutecznie.

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Mała różnica naszych sposobów polega na tém, że moja linija skośna jest łamaną; nie stanowi to atoli zasadniczéj różnicy, gdyż zasadą tych niby odmiennych sposobów jest zrównanie świateł zeszyć się mających odcinków za pomocą wycięcia kawałka zdrowéj ściany żołądka. Wątpię też, żeby w Wiedniu używana modyfikacyja była odpowiedniejszą, przeciwnie pogarsza ona znacznie sposób operowania. W punkcie *b* powstaje bowiem naprężenie, punkt ten sztucznie do dwunastnicy przeciągnięty i linija dopiero przez szew złamana mają skłonność do powrócenia na swoje dawniejsze miejsce. To naprężenie znacznie ułatwia rozejście się szwu w punkcie *b*, który i tak już przedstawia *punctum minoris resistentiae* w skutek zetknięcia się 3 linij szwów. W przypadku Lückego właśnie też na tém miejscu szew się rozszedł. Dla tego uważam za stósowniejsze wykonać przecięcie zaraz skośno-kątowe. Liczby obok rycin umieszczone dowodzą, jak to też na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie bliżéj wykazałem, że sposób ten ja pierwszy podałem i pierwszy wykonałem. Rozstrzygające są pod tym względem następujące liczby:

Rydygier operował dnia 16 listopada 1880 r. ogłosił dnia 11 grudnia 1880 r. resp. dnia 8 marca 1881 r.

Billroth operował dnia 12 marca 1881 r. ogłosił na początku maja 1881 r. przez Wölflera.

Zestawiając to cośmy powyżéj powiedzieli, zalecamy przecinać żołądek w następujący sposób:

1) W przypadkach, gdzie zmiany chorobowe zajmują zarówno małą i wielką krzywiznę lub gdzie daléj sięgają na małéj krzywiźnie, należy przecinać żołądek skośno-kątowo od góry i lewéj strony ku dołowi i prawéj, a dwunastnicę przyszywać do wielkiéj krzywizny. (Fig. III *a* i *b* i fig. IV *b*). Po takiém cięciu postać żołądka zbliża się najbardziéj do prawidłowéj, a płyn gromadzący się w żołądku nie ciśnie swoim ciężarem wprost na liniję szwu zwężającego (*Occlusionsnaht*).

2) W przypadkach, gdzie sprawa chorobowa daléj się posunęła na wielką krzywiznę niż na małą, musimy przecinać ściany żołądka skośno-kątowo od dołu i lewéj strony ku górze i prawéj a dwunastnicę przyszyć do małéj krzywizny. (Fig. I. *b*).

Gdyby wyjątkowo sprawa chorobowa zajmowała głównie krzywizny zostawiając środek nietknięty, natenczas zaleca Wölfler cięcie wykonane w ten sposób, jak je przedstawia fig. V. *a* i *b*. Co do mnie obawiałbym się tego sposobu użyć, pamiętając o doświadczeniach Madelunga i swoich (l. c.), które wykazały, że przecięte a odłączone od śródjelicia ściany jelita zawsze obumierają. W takich razach wolałbym zdrowy kawałek ściany żołądka *a*, *b*, *c*, *d*, poświęcić obawiając się jego obumarcia w skutek braku dostatecznego odżywienia.

3) Gdzie różnica obszerności światła nie jest wielką, i tam, gdzie stosunki dwunastnicy na to pozwalają, zaleca się wyrównanie różnicy, podane przez Wehra (l. c.), za pomocą przecięcia dwunastnicy skośnego, owalnego, kątowatego lub płatowego, jakiego to w moim drugim przypadku (Nr. 22) z dobrym skutkiem użyłem.

Ażeby się obejść bez używania uciskadeł, a zarazem ażeby zapobiedz wyśliźnięciu przeciętych końców żołądka i dwunastnicy, postępuje Billroth w tym akcie podług opisu Wölflera w następujący sposób:

Guz ujęty szerokiemi kleszczami Muzego oddaje asystentowi do trzymania. Cięcia przez ściany żołądka i dwunastnicy prowadzi w ten sposób, jak to przedstawiają fig. II. *a* i *b* i IV. *a* i *b*. Przecina najprzód ściany żołądkowe dwu lub trzykrotném uderzeniem nożyc w odpowiedniém oddaleniu od guza tak dalece, że pozostaje tylko tyle nieprzeciętéj ściany, ile wynosi światło dwunastnicy. Po każdém uderzeniu nożyc zakłada natychmiast kleszczyki na strzykające tętniczki, a przed założeniem szwu zwężającego (*Occlusionsnaht*) podwięzuje cienkim jedwabiem. W razie gdyby w żołądku pozostało było cokolwiek płynu, natenczas wydala go teraz przez przecięte światło za pomocą gąbek na ten cel przygotowanych, a w końcu wyciera ściany żołądka od wewnątrz gąbką odwietrzoną. Następnie łączy szwem brzegi żołądka ze sobą (*Occlusionsnaht*). Po założeniu tego szwu dopiero przecina resztę ściany żołądka. Teraz guz wisi tylko jeszcze na dwunastnicy, którą następnie też przecina w od-

powiedniém oddaleniu od guza nożycami; ażeby atoli nie uciekła, zakłada przed zupełném przecięciem 2—3 szwy jedwabne przez jéj przednią ścianę, żeby ją za nie trzymać. Następuje dokładne zatamowanie krwi z ścian dwunastnicy. Nareszcie wkłada do światła dwunastnicy tymczasowo małą gąbkę, albo—jak w ostatnim czasie postępowano — zamyka dwunastnicę tymczasową podwiązką jedwabną.

IV. Akt operacyjny. Połączenie żołądka z dwunastnicą.

Szew zakłada się w dwóch rzędach w sposób, jaki podał Czerny dla szwu jelitowego. Dodać do tego można jako trzeci rząd szew błony śluzowéj; jak to zaraz w pierwszym moim przypadku zrobiłem, ażeby w ten sposób zapobiedz choćby najmniejszemu rozchodzeniu się błony śluzowéj i tak szczelnie pokryć całą ranę ścian żołądko-dwunastnicowych. Szwy te zakładałem od wewnątrz i na tylnéj ścianie je też do wewnątrz zawiązywałem. Od czasu, kiedy Hahn w swoim przypadku zauważył, że jeszcze po kilku dniach wracające się masy kałowe mogą świeżą co dopiero zlepioną ranę rozpuścić, uważam ten rząd szwów, chroniący niejako przed podobném zajściem, za bardzo ważny.

Podług zasady szwu Czernego zakładamy tak szew łączący *(Ringnaht)*, jako i zwężający. Pozostawia się zupełnie do woli, jakie szwy najprzód chcemy założyć, czy zwężający lub łączący. Szew łączący rozpoczynamy od małéj krzywizny i łączymy najprzód tylną ścianę od góry do dołu szwem Czernego wewnętrznym. Kto moje elastyczne uciskadła tak założył, że górne ich końce nie wiele wystają nad małą krzywiznę, temu nie sprawi żadnéj trudności odwrócenie żołądka do góry i tylną ścianą naprzód tak, że bez mozołu a dokładnie może założyć tylny rząd szwów od zewnątrz. Cokolwiek wygodniéj się szyje, jeżeli użyjemy sposobu najprzód przez Péana podanego i szew od wewnątrz światła założymy zawięzując także do wewnątrz, jak to Péan (ł. c. str. 521) opisuje: *„pour les premières, le noeud fut tourné en dedans du côté de l'intestin.“* Wölfler ten sam sposób odkrywa około 2 lata późniéj na nowo i opisuje go jako swój „szew wewnętrzny“ (l. c. str. 22), a późniejsi autorowie cytują go jako szew Wölflerowski (?!) Przed Wölflerem już Wehr (l. c.) używał tego szwu w swoich doświadczeniach na psach. Przed założeniem przednich szwów, a więc przed zamknięciem światła, zeszywamy błonę śluzową tylko kilku szwami, tak na tylnéj jako i na przedniéj ścianie w sposób powyżéj podany. Po założeniu wewnętrznego rzędu Czernego zdejmuję moje uciskadła.

Drugi rząd Czernego zakładam w kierunku odwrotnym od góry i przodu do dołu i tyłu naokoło. Punkt *b*, w którym się schodzą 3 rzędy szwów, możemy wzmocnić szwem krzyżowym. W każdym razie winniśmy na to miejsce zwrócić naszą szczególną uwagę, a przed odprowadzeniem całą zeszytą część jeszcze raz dokładnie zbadać.

Biliroth i inni używają do szwu najcieńszego odwietrzonego jedwabiu, Péan, ja i inni używaliśmy cieniuteńkiego katgutu. Jak to już w méj pracy o szwie jelitowym (l. c.) powiedziałem, nie chodzi tu tyle o to, c z é m się szyje tylko j a k się szyje, co też Albert w najnowszém wydaniu swojego podręcznika potwierdza (str. 378).

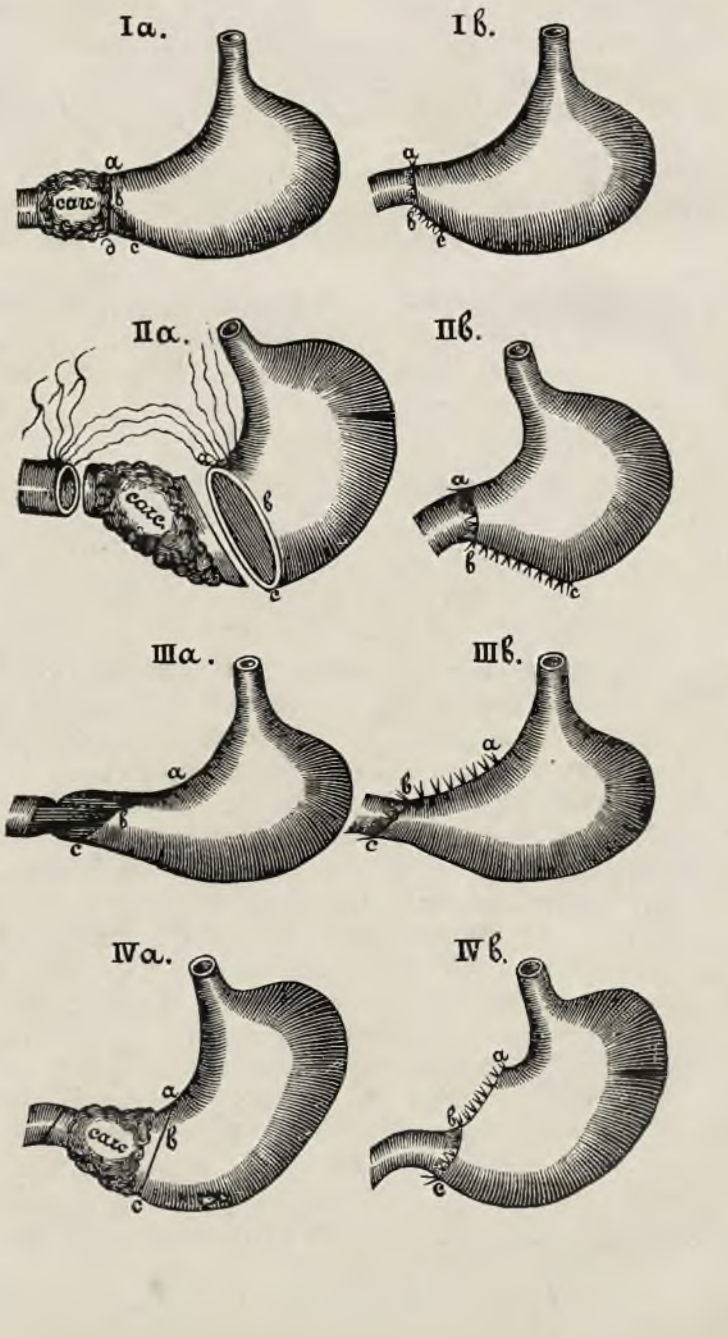
Przyszłe dopiero doświadczenie rozstrzygnie, czyby można z korzyścią użyć do wewnętrznego rzędu szwów szwu kuśnierskiego, a do zewnętrznego szwu Madelunga *(Knorpelplattennaht)*.

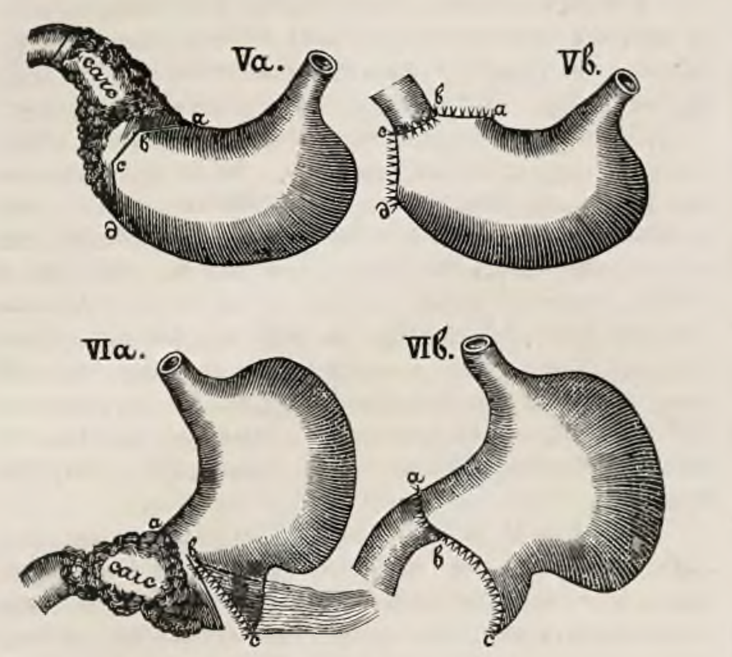
Jeżeli po dokładném zbadaniu znaleźliśmy szew dobrze założonym, natenczas obcieramy pole operacyjne tamponikami umaczanemi w ciepłym 3% karbolu, a potém część zeszytą odprowadzamy.

V. Akt operacyjny. Zeszycie ścian brzusznych.

Ściany brzuszne łączymy szwami na przemian głębokiemi chwytającemi otrzewnę i powierzchownemi. Użyć też można szwu blaszkowatego *(Plattennaht)*. W końcu zakładamy opatrunek Listerowski bez sączków.

L e c z e n i e n a s t ę p o w e polega na stósowném żywieniu chorego bez obciążania jego żołądka. Pierwsze 24—48 godzin najlepiéj odżywiać go lewatywami pożywiającemi. Potém możemy przejść do podawania potraw płynnych stósownie do ogólnego stanu sił operowanego i reszty zachowania. Uważać należy, co chory najlepiéj znosił przed operacyją. Billrotha pierwsza chora np. znosiła najlepiéj zsiadłe mleko przed operacyją, to też służyło jéj i po operacyi. Prócz tego możemy podawać cokolwiek nastoju makowcowego, żeby o ile możności uspokoić ruchy przewodu pokarmowego; jeżeli się pojawi pragnienie i skłonność do wymiotów, natenczas podamy kawałki lodu; w razie zapadu sił podamy wino i kamforę! W takim przypadku możnaby też wykonać transfuzyję, która w przypadku Péana 2 razy dobrze skutkowała, aczkolwiek tylko na krótko. Jeżeli przebieg jest pomyślnym, to w drugim tygodniu możemy podawać choremu potrawy mięsne lekko strawne.





(Dokończenie nastąpi).

III. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

A.) Doświadczenia próbne.

1) Doświadczenie *a* (NaCl podczas ruchu).

Osoba badana wypiła na czczo o g. $6\frac{3}{4}$ rano 500 kcm. jednoodsetkowego rozczynu soli kuchennéj przy pokojowéj ciepłocie, poczém przyszła z odległości dwóch kilometrów do mojéj pracowni, gdzie przedsięwzięto aspiracyję o g. $7\frac{1}{2}$ rano, lecz wcale cieczy ze żołądka nie otrzymano; zatém cała ilość rozczynu opuściła żołądek w przeciągu trzech kwadransów.

2) Doświadczenie *b* ($NaCl + Na_2SO_4$ podczas ruchu).

Osoba badana wypiła rano na czczo 500kcm. rozczynu jedno-odsetkowego soli kuchennéj i tyleż siarkanu sodowego przy ciepłocie pokojowéj o g. 7 rano. Poczém przebyła ona tę samą drogę, co i w poprzedzającém doświadczeniu do mojéj pracowni, gdzie o g. $7\frac{3}{4}$ rano przedsięwzięto aspiracyję; lecz również żadnéj cieczy nie można było wyciągnąć; i ten rozczyn przy użyciu ruchu w przeciągu trzech kwadransów żołądek opuścił.

3) Doświadczenie *c)* (NaCl i ruch).

O g. $6\frac{1}{2}$ rano dano się na czczo napić osobie badanéj 250 kcm. jednoodsetkowego obojętnego rozczynu soli kuchennéj przy ciepłocie pokojowéj, poczém badany przechadzał się po pracowni do g. $6\frac{3}{4}$, kiedy nastąpiła aspiracyja, i zdołano wyciągnąć 140kcm. płynu żółtawego mętnego, oddziaływania obojętnego, który po przesączeniu zużył na 10kcm. 17·2kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli zawierał 1·003% NaCl, tj. tyle soli kuchennéj, ile w pierwszym rozczynie było.

4) Doświadczenie *d)* (500 *aq. dest.* przez 28 min).

O g. 7 min. 46 rano podano do wypicia naczczo 500 kcm. wody przekroplonéj o ciepłocie 12·5°C. Poczém badany siedział spokojnie do g. 8 min. 14, kiedy zdołano wyciągnąć ze żołądka tylko 7kcm. cieczy mętnéj śluzowéj, oddziaływania mocno kwaśnego, którą rozcieńczono pięćkrotnie, tj. dopełniono wodą przekroplоną do 35kcm., pokłucono i przesączono. Przesącz ten wykazał w 100kcm. cieczy żołądkowéj.

Kwasoty: 10kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego.

Chloru: 52·5kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·1859 grm. chloru.

Kw. solnego 0·03646 grm. (jeżeli kwasota pochodzi tylko od kw. solnego).

Gdyż szczegółowy rozbiór wykazuje:

Dwie próby po 5kcm. przesączu zużyły 0·1, 0·1kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego.

Inne dwie próby po 5 kcm. przesączu zużyły 0·55 i 0·50 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

W tém doświadczeniu zadziwia znaczna kwasota treści żołądkowéj, wynosząca więcéj niż 3 p. m. HCl, podczas gdy przy użyciu NaCl w dośw. 3 treść była obojętną. Następnie zasługuje ta okoliczność na uwagę, że po upływie 28 minut ze żołądka już mało co treści płynnéj wyciągnąć można było. Dla wyśledzenia bliższych w tym względzie szczegółów przedsięwzięto jeszcze doświadczenia z wodą przekroplоną.

5) Doświadczenie *f)* (500 *aq. dest.* przez 16 min.)

3500 kcm. wody przekroplonéj oziębionéj do 10·5°C., podano do wypicia na czczo o g. 9 min. 3, poczém badany siedział do godz. 9 min. 19, kiedy zdołano wyciągnąć 236 kcm. płynu barwy blado-zielonkowato-niebieskiéj, oddziaływania kwaśnego. Płyn ten przesączono i na 100 kcm. znaleziono:

Kwasoty: 3·0 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego.

Chloru: 23·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli: 0·0832 grm.

Kw. solnego 0·0109 „

Dwie próby bowiem po 20 kcm. przesączu zużyły 0·6 i 0·6 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego, a inne dwie próby również po 20 kcm. przesączu spotrzebowały 4·70 i 4·75 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu srebrowego.

W tym doświadczeniu treść żołądkowa również była kwaśną, lecz mniéj niż w doświadczeniu poprzedzającém, co pochodzi z krótszego przebywania cieczy w żołądku w obec większego rozcieńczenia wydzielającego się soku żołądkowego.

6) Doświadczenie *g)* (500 *aq. dest.* 14 min.)

O g. 8 min. 1 rano podano na czczo do wypicia 500 kcm. wody przekroplonéj ogrzanéj do 50°C. Poczém badany siedział do godz. 8 min. 15, kiedy zdołano wyciągnąć 195 kcm. płynu nieco mętnawego białawego, oddziaływania bardzo słabo kwaśnego. W przesączonéj cieczy znaleziono na 100 kcm.

Chloru: 10·5 dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli 0·0372 grm. chloru.

Kwasota: bardzo mała.

Na 20 kcm. przesączu zużyto 2·1 kcm. rozczynu srebrowego a jedna kropla dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego sprawiła w 20 kcm. przesączu już zabarwienie niebieskie.

Podwyższona ciepłota wody przekroplonéj sprawiła i mniejsze wydzielenie się chloru i kw. solnego, niż woda zimna w doświadczeniu poprzedzającém; natomiast ciepłéj

wody więcéj ubyło że żołądka niż zimnéj w dośw. 5 pomimo krótszego trwania doświadczenia.

Treść płynną żołądka z tego doświadczenia zbadano także jakościowo pod względem składników nieorganicznych, a to w celu aby się przekonać, o ile zawartość ciał nieorganicznych czystego soku żołądkowego może wpływać na wyniki późniejszych rozbiorów chemicznych treści żołądkowéj po zadaniu rozczynów solnych. Badanie płynu uskuteczniono w ten sposób, że 100 kcm. treści żołądkowéj odparowano do suchości i spalono; pozostałość rozpuszczono w 20 kcm. wody zakwaszonéj kwasem solnym a po przesączeniu wykazało badanie zupełnie ujemny wynik co do Mg,H_3PO_4 i K, zaś ślady Ca (szczawian amonowy dał słabo dostrzegalne zmącenie) i ślady H_2SO_4 ($BaCl_2$ dał bardzo słabe zmącenie), który to kw. siarkowy nie był pierwotnie w treści żołądkowéj, lecz powstał przez spalenie siarki ciał organicznych. Ze wszystkich więc składników treści żołądkowéj mógłby na rozbiór chemiczny wpływać tylko Ca; lecz ilość jego przedstawia się tak małą, że ją przy doświadczeniach tych rozmiarów uwzględnić trudno. (C. d. n).

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Biologie als Festgabe dem Anatomen und Physiologen Th. L. W. von Bischoff zum 50-jährigen medizinischen Doctorjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1882, 349, str. 13, t. 8 drzeworyt.

Pod powyższym tytułem ukazała się przed paru miesiącami na półkach księgarskich książka, obejmująca 16 rozpraw, napisanych przez byłych uczniów sławnego anatoma i fizyjologa, obchodzącego w d. 16 stycznia r. b. 50-letni jubileusz doktorski. Z rozpraw niektórych, mogących bliżéj zająć ogół lekarzy, zamierzamy niniejszém zdać sprawę.

Prof. Voit w Monachijum: Znaczenie żółci dla przyswajania pokarmów w kiszkach. Autor położył sobie za zadanie zbadać kwestyję, jaki wpływ wywiera żółć na przyswajanie różnych pokarmów w przewodzie jelitowym. Badania wykonywał autor na psach z przetokami żółciowemi. Wyniki tych badań są następujące: 1) Wessanie białka i kleju w kiszkach, jakotéż rozkład tych ciał w ustroju, niezależnym jest od żółci. 2) Żółć nie wywiera także żadnego wpływu na wessanie i rozkład węglików wodu. 3) Tłuszcz podany zwierzęciu w normalnych stosunkach ulega wessaniu aż prawie do 1%. Po założeniu przetoki żółciowéj, a więc po usunięciu działania żółci, zaledwo 40% ulega wessaniu i to przy jak najobfitszém podaniu tłuszczów. Zwierzęta zwolna chudną i mimo najstaranniejszego żywienia giną. Tłuszcz więc u takich zwierząt musi działać szkodliwie na ustrój. Psy, którym podawano mięso dokładnie uwolnione od tłuszczu, z dostateczną ilością chleba, utrzymywały się przy życiu. Psy z przetokami żółciowemi, żywione obficie tłuszczem, ulegały zaburzeniom w trawieniu. Kał, skutkiem znacznéj domieszki tłuszczu, stawał się szarawo-białym, występowały biegunki, często krwawe. Kał był silnie cuchnącym, często odchodziły wiatry cuchnące. Skoro zaś takiego psa żywiono mięsem pozbawioném tłuszczu i chlebem, objawy powyższe nie występowały. Zboczenia więc powyższe były wywołane jedynie tylko przez tłuszcz. Z tego daléj wynika, że właściwie żółć nie posiada przypisywanych jéj własności antyseptycznych, lecz tylko zapobiega tym zaburzeniom, połączonym ze znacznym rozkładem treści jelit, jakie tłuszcz sprawia.

U ludzi z żółtaczką, przy zatamowaniu dopływu żółci do jelit, kał bywa także szary lub białawo szary. Przypisuje się to powszechnie brakowi barwików żółciowych. Rzecz się tak jednak nie ma. Psy żywione mięsem dokładnie pozbawioném tłuszczu i chlebem, wydalają kał ciemny, smołowaty, jak zwykle kał mięsny, mimo, że do kiszek nie dostawało się nic żółci. Barwa więc właściwa kału u ludzi z żółtaczką nie zależy od braku barwików żółciowych, lecz od obecności nieprzetrawionego tłuszczu. Kał taki jest w znacznéj części w eterze rozpuszczalnym, a pod mikroskopem wykazuje jako główną część składową kuleczki drobne tłuszczu. Tłuszcz ulega w małéj cząstce wessaniu, choć żółć wcale do kiszek nie dopływa. Z tego powodu przypuszczano (Kl. Bernard), że sok trzustkowy przyczynia się także do wessania tłuszczu. Mniemanie to jednak nie wytrzymało krytyki.

Zboczenie w ekonomii odżywiania, jakie powstaje skutkiem braku żółci, jest następującém: Jeżeli nie dostarczy się organizmowi istot bezbiałkowych, węglików wodu, to ustrój jest zmuszonym część istot białkowatych przerabiać na tłuszcz. Skoro ustrój otrzymuje prócz białka węgleki wodu lub tłuszcz, potrzebuje do odżywienia dostatecznego mniéj tego pierwszego. W obec braku żółci tłuszcz nieresorbowany działa szkodliwie na przewód pokarmowy, a zarazem sprowadza zaburzenie w całéj ekonomii odżywiania. Można go wprawdzie zastąpić częściowo węglekami wodu, lecz trawienie nie znosi przez dłuższy czas podawanych tak znacznych ilości skrobi. W odżywianiu więc zwierząt mięso- jakotéż roślinożernych niezbędnym jest tłuszcz. Już w mleku macierzystém otrzymuje młode zwierzątko ssące poddostatkiem tłuszczu. Tłuszcz jest także rozpowszechnionym we wszystkich częściach składowych świata roślinnego.

Na czém zasadza się własność żółci przyswajania ustrojowi tłuszczów? Żółć posiada własność zarabiania tłuszczów w zawiesinę, lecz sama ta własność nie wystarcza, aby umożliwić wejście tłuszczu w naczynia chłonne; głównym warunkiem jest tutaj zwilżenie błony śluzowéj żółcią; kosmki muszą być przesiąkłe żółcią; przez to płynny tłuszcz ulega wessaniu jakby przez gąbkę (Brücke) i następnie zostaje ku naczyniom chłonnym doprowadzonym (str. 104—135).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Baumgarten: **O gruźlicy utajonej.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Pokrótce zastanawia się B. nad dowodami:

B) nozologicznemi i

C) doświadczalnemi, które wszystkie przemawiają, zdaniem jego, przeciw odłączeniu suchót od gruźlicy i za identycznością obu tych chorób.

Obie zmiany chorobowe nader często, wśród tych samych warunków, zjawiają się obok siebie i w najściślejszym pozostają związku między sobą. Toż samo potwierdza cały szereg badaczy od Villemina począwszy, który pierwszy przeszczepiał masy serowate, aż do obecnych. Tylko wytwory złogów suchot i gruźlicy przeszczepione na zwierzę, zdolne są sprowadzić gruźlicę, a nie żadna inna istota (wyjąwszy krew i wydzieliny zwierząt gruźliczych); ztąd wynika, że tak zołzy, suchoty, jak i gruźlica stanowią jeden jednolity rodzaj (*species*) chorobowy.

W obec tego i znaczenie kliniczne gruźlicy musi być odmiennném. „*Die Tuberkulose ist an und für sich im Allgemeinen gar keine so schlimme Krankheit*“ woła B., wyrażając przytém zdziwienie, iż dotąd gruźlicę uważano za tak bar-

dzo zabójczą, skoro przecież wiadomą jest rzeczą, że nieraz dzieci okazujące grube pakiety gruczołów gruźliczych na szyi, wyrastają na silnych i zdrowych ludzi, że osoby dotknięte garbem, zazwyczaj *e carie vertebr. tuberculosa* powstałym, cieszą się zdrowiem, a nawet późnego wieku dosięgają.

Znane dawniéj już przypadki wyleczenia suchot nie odnoszono do gruźliczych, lecz do suchot zapalnych. Skoro jednak dziś wiemy, że wszelkie serowate suchoty płucne wespół z gruzełkami się rozwijają, to musimy przypuścić, że i t. zw. gruźlicze suchoty są uleczne. Niebezpieczeństwo zaś, jakie zagraża tym chorym, nie polega na wystąpieniu gruzełków u suchotnika, lecz na rozwijaniu się suchot (rozpadu) u chorych gruźliczych [1]).

Zapatrywanie swe popiera B. własném doświadczeniem. Na podstawie długoletnich, ściśle przeprowadzonych, badań drobnowidowych nabył on przekonania, że przeważna część blizn barwikowych (*einfache Pigmentindurationen*) miąższu płucnego zawdzięcza swój początek rozwiniętéj i wstecznie przeobrażonéj, ograniczonéj sprawie gruźliczéj; są to zatém ogniska gruźlicy miejcowéj wygojonéj. [2]) Wykazawszy przyrodę gruźliczą wielkiéj części blizn barwikowych, wykazawszy to samo odnośnie do serowatych lub w części skredowaciałych guzów miąższu płucnego, takichże zmian w gruczołach limfatycznych, jam, szczególniéj jamy brzusznéj, gruczołów oskrzelowych, zwróciwszy następnie uwagę na to, że zmiany powyższe, ściśle gruźlicze, nieraz lata całe w ustroju są zagnieżdżone i tylko przypadkowo przy sekcyi są widoczne, wnosi, że dowodzą one nietylko z jednéj strony uleczność spraw gruźliczych, ale z drugiéj strony, stósownie do jakości zmiany, świadczą o istnieniu g r u ź l i c y u t a j o n é j. Przez nią należy rozumieć te przypadki, w których istniejąca sprawa gruźlicza, nie dla tego jakoby na zawsze była niewybadalną dla lekarza, l e c z z p r z y c z y n y n i e z n a c z n y c h s w y c h r o z m i a r ó w i s k ł o n n o ś c i d o g o j e n i a s i ę, n i e s p r o w a d z a a n i d l a ż y c i a, a n i d l a c z y n n o ś c i p o s z c z e g ó l n y c h n a r z ą d ó w, zgoła żadnych zaburzeń.

Istniejąca tedy gruźlica narządów wewnętrznych, nie zdradzająca się lekarzowi ani objawami miejscowemi, ani ogólnemi, zowie się gruźlicą utajoną. W obec tego nie dziw, że ze statystyki autora wynika niezwykła częstość téj sprawy chorobowéj.

Co trzecie lub czwarte indywiduum, z wykluczeniem oczywiście zmarłych na gruźlicę, wykazuje przy sekcyi zmiany utajonéj lub wygojonéj gruźlicy. Mimo woli przypominają się słowa, które Cohnheim opowiada [3]) o pewnym lekarzu: *„Ein bischen Tuberkulose hat am Ende Jeder.“*

[1]) W opisach dawniejszych częściéj się spotykamy z „uleczności suchót.“ I tak pisze C a r s w e l l (cytow. w *Handbuch d. spec. Path. u. Ther.* etc. Berlin. Wien 1841, Bd. II. pag. 1133), że nigdy anatomija patologiczna lepszych nie podawała dowodów dotyczących uleczności jakiejś choroby, jak w suchotach gruźliczych (*Tuberkelschwindsucht*), gdzie istota gruźlicza.... staje się suchą, wapienną lub kredowatą. Toż samo L a ë n n e c, A n d r a l i C l a r k ibid. Wszyscy ci autorowie jednak mają na myśli wytwarzanie się blizn w miejsce zniszczonéj tkanki płucnéj. O uleczności gruźlicy *strict. sens.* nie ma tu mowy, gdyż téj choroby nie rozróżniali. Przyp. spr.

[2]) Rokitansky już przed laty wypowiadał to zdanie, jakkolwiek ścisłych histologicznych dowodów nie podał. B. dokładnie opisuje utkanie tych blizn, często znachodzące się komórki olbrzymie i t. d.

[3]) *Die Tuberkulose vom Standpunkt der Infektionslehre.*

Autor porównywa kiłę utajoną z gruźlicą utajoną, temat ulubiony ftizyjologów, i między innemi kładzie szczególny nacisk na wielkie podobieństwo swoistych gruźliczych i kiłowych tworów gruzełka i kilaka. „Podobieństwo, mówi B., swoistych tworów obu tych chorób w istocie jest tak znaczném, że nie można wcale podać bezwględnych cech jakichś rozeznawczych“ (str. 16). Również i zmiany na skórze i na błonie śluzowéj u osób zołzowych, według poglądów Baumgartena, należących również do kategoryi gruźliczych zmian, przedstawiają tylko analogiję osutek, zjawiających się wśród kiły.

W końcu zastanawia się autor nad zaraźliwością gruźlicy, upatrując w téj własności również wielkie podobieństwo do kiły.

Pozorna rzadkość zakażenia zewnętrznego, czyli zarażenia się gruźliczego, tłumaczy się warunkami niekorzystnemi. Zmiany gruźlicze części rodnych, a zatém narządu, który w kile w przeważnéj części jest przenośnikiem jadu, są nader rzadkie. Zakażenie zaś wewnętrzne, a raczéj śródmaciczne, przedstawia prawie te same cechy, co zakażenie kiłowe śródmaciczne. Dziedziczność gruźlicy, zdaniem B., jest rzeczą udowodnioną. Ci którzy twierdzą, że tylko skłonność do gruźlicy jest dziedziczną, w zasadzie wyznają i ogólnie dziedziczność gruźlicy. Wszakżeż dziś, gdy znamy jad gruźliczy, należałoby jak w kile, zamiast o skłonności mówić wprost o dziedziczności, o przenoszeniu jadu gruźliczego. Że gruźlica tak jak i kiła wystąpić może już w wieku dziecięcym, dowodem tego zołzy. Że tak jak kiła i gruźlica może być wrodzoną [1]), dowodzą liczne obserwacyje [2]).

Jakkolwiek każdemu lekarzowi znane są przypadki gruźlicy, gdzie stanowczo wykluczyć się da dziedziczność, choć tylko gruźlicy j a w n é j (a nie utajonéj), to przecież trudno przypuścić, ażeby się gruźlica sama samorodnie rozwijała, gruźlica, która przecież jest chorobą tak wybitnie „swoistą“, o swoistym jadzie.

Okoliczność, że lichy ogólny stan jakiegoś osobnika sprzyja rozwojowi gruźlicy, pomimo teoryi infekcyjnéj o téj chorobie, nie traci na znaczeniu. Wszakżeż w każdéj chorobie zakaźnéj napotykamy podobne zjawisko.

Przyczyny suchót w tém upatrywać, jest rzeczą błędną. Drogą doświadczalną, upośledzając odżywienie zwierzęcia, jesteśmy w stanie sprowadzić różne inne choroby, nigdy suchót lub gruźlicy.

Predyspozycyja jest tedy tylko skłonnością do zarażenia się, wynikającą z osłabienia narządów, lub téż brakiem siły odpornéj wywołaną skłonnością, która czyni ustrój sposobniejszym dla rozwoju spraw chorobowych swoistych, odziedziczonych. *Dr. Pisek.*

Prof. N u s s b a u m: **Prosty a skuteczny sposób leczenia kurczu pisarskiego.**

Pomimo licznych badań nie zdołano jeszcze odkryć istotnéj przyczyny kurczu pisarskiego, nie mamy nawet pewności, czy przykrą tę chorobę wywołują jakieś zmiany w układzie nerwowym, mianowicie w ośrodku regulującym ruchy mięśni ręki, lub téż może same mięśnie są chorobowo zmienione. W każdym razie ciekawe jest zjawisko, że objawy chorobowe występują tylko przy pewnych czynnościach jak pisaniu, szyciu, graniu na fortepianie itd. Dowiedzioną jest

[1]) Wbrew zdaniu Virchowa.

[2]) Autor przytacza z dawniejszych: Ancella, Langstaffa, Hussona, Chaussiera, Dupuyego, Andrala, Lobsteina i t. d., z nowszych znane są przypadki: Scanzoniego, Rillieta i Bartheza, Demmego.

także rzeczą, że przyczyną choroby nie zawsze jest nadmierne natężenie odpowiednich mięśni przez zbytnią pracę, w wielu przypadkach jest ona wyraźnie wrodzona lub odziedziczona.

Zalecane dotąd środki przeciw kurczowi pisarskiemu, jak używanie rączek do pióra bardzo grubych lub opatrzonych płytkami metalowemi, obwijanie palców przylepcem, przecinanie mięśni i ścięgien, naciąganie nerwów, a nawet elektroterapija i mięsienie bardzo małe lub żadnych nie odniosły skutków. Wprawdzie w ostatnich czasach nauczyciel pisania p. Wolff przez długoletnie spostrzeżenia i wprawę nauczył się leczyć tę chorobę przez gniecenie i gimnastykę odpowiednich mięśni, jednak sposób ten leczenia jest tak trudny, że dotąd nikt prócz p. Wolffa nie osiągnął nim pomyślnego wyniku, a nadto tak powikłany i niezrozumiały, że nie da się wcale opisać. Z tych więc powodów wynalazek p. Wolffa jest dla nauki prawie zupełnie bez korzyści, gdyż po śmierci wynalazcy zginie jego sposób leczenia.

Z prawdziwą więc radością powitać możemy pracę Nussbauma, w którój podana jest prosta i zdaje się pewna metoda leczenia kurczu pisarskiego. Metoda Nussbauma opiera się na następującém rozumowaniu. Jakakolwiek jest przyczyna kurczu pisarskiego ośrodkowa lub obwodowa, nerwowa lub mięśniowa, w każdym razie polega ona na zwichnięciu równowagi między grupami mięśni ręki, mianowicie na kurczowém ściąganiu się mięśni używanych wyłącznie przy pisaniu, t. j. zginaczy i adduktorów, a osłabieniu ich przeciwników, wyprężaczy i mm. odwodzących. Należałoby więc przez odpowiedni przyrząd zmienić akt pisania w taki sposób, aby przy tém działały tylko dwie drugie grupy mięśni, pierwsze zaś zostawały w zupełnym spoczynku; w takim bowiem razie samo pisanie byłoby najlepszym środkiem leczącym kurcz pisarski. Zadaniu temu uczynił N. zadość w sposób następujący. Sporządził on obrączkę owalną z paska gutaperki 3ctm. szerokiego a 2—3 mm. grubego. Obrączkę tę, mającą 9cm. w średnicy podłużnéj a 3 w poprzecznéj (zresztą musi ona być zastosowaną do wielkości ręki chorego), zakłada się na 4 pierwsze palce ręki, mały palec pozostaje wolny. Następnie przytwierdza się do niéj za pomocą odpowiednich śrubek rączkę z piórem tak, aby po położeniu ręki na stole koniec pióra dotykał papieru. Założoną w ten sposób obrączkę utrzymać można na ręce w danem położeniu tylko przez silne wyprostowanie i odwiedzenie palców mianowicie kciuka, zatém przez natężenie mięśni, które przy zwykłym sposobie pisania są zupełnie bezczynne, podczas gdy chorobowo zmienione zginacze i mm. przywodzące palców zostają w zupełnym spoczynku.

Doświadczenie sprawdziło zupełnie nadzieje pomyślnego skutku. Nussbaum bowiem przekonał się, że każdy cierpiący na prawdziwy kurcz pisarski nawet w tak wysokim stopniu że nie mógł podpisać swego nazwiska, był w stanie z obrączką N. napisać natychmiast kilka wierszy; nigdy przy pisaniu z obrączką nie występowały napady kurczu, owszem wszyscy chorzy oświadczali, że podczas pisania z obrączką doznają przyjemnego uczucia właśnie w miejscach przy zwyczajnem pisaniu najboleśniejszych. Po niejakim czasie i przy wytrwałości chorzy byli w stanie powrócić do zwykłego sposobu pisania.

Spodziewać się należy, że doświadczenia innych chirurgów tak samo pomyślne dadzą wyniki. *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.). **Amaurosis skutkiem chininu.** Knapp podaje następujące w tym przedmiocie spostrzeżenie. Po użyciu przez pomyłkę znaczniejszéj dawki chininu (10 do 12 grm. na raz) lub po użyciu średnich dawek zbyt często (0·60 co 2 godz.), lub nawet mniejszych, dłuższy czas używanych, uważano niejednokrotnie, że pośród objawów ogólnych, jak bladości, nagle występującéj, ogromnego osłabienia, drżenia w odnogach, dzwonienia w uszach, występuje nagle zupełna utrata wzroku. W niektórych przypadkach zatrucie było tak ciężkiém, że chory pozostawał kilka dni, a nawet do 2 tygodni, bezprzytomnym, i dopiero po powrocie przytomności spostrzeżono zupełną utratę wzroku i słuchu. Żrenice są w tych przypadkach rozszerzone cośkolwiek, zresztą zewnętrznie żadnych zmian spostrzedz nie można. Wziernik wykazuje zupełną bezkrwistość tarczy i siatkówki, tarcza nerwu wzrokowego kredowo biała, nie widać ani śladu naczyń. Stan ten absolutnéj ślepoty trwać może tygodnie, poczém zwolna wzrok powraca. Pole widzenia jest jednak prawie zawsze już stale zmniejszoném. Podobne objawy widział autor także w 3 przypadkach po podaniu większych dawek kwasu salicylowego i salicylanu sodowego. Prognoza i w tych przypadkach jest dobrą. *(Allg. med. Centr. Ztg.* 1882. s. 846).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z d. 26 kwietnia 1882.

Przewodniczący: kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 17.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący, w porozumieniu z Komitetem przedstawia na członka honorowego Tow. prof. Dra Arlta a to ze względu na znakomite zasługi jego na polu nauki.

3) Przewodniczący podnosi sprawę II Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników, zachęcając do jak najliczniejszego w nim udziału. Delegatem na Zjazd ten wybrano ze strony Towarzystwa prof. Dra M. Jakubowskiego.

4) W dyskusyi nad odczytem prof. Korczyńskiego, na zeszłém posiedzeniu wygłoszonym, zabrał głos prof. Browicz: Tenże przypisuje indywidualnym, wrodzonym własnościom tkanek główną rolę w sprawie rozrostu tkanki łącznéj i wszelkiéj w ogóle produkcyi tkaninowéj. Bodźce zewnętrzne mają tylko znaczenie pośrednie przez to, iż przy działaniu częstém, dłuższém a nawet trwałém wytwarzają wśród tkanin, a raczéj systemów tkankowych, mniéj lub więcéj korzystne warunki, które są niezbędne i w obec których tylko zdolność histogenetyczna tkanek ujawnić się a produkcyja do skutku przyjść może. Gdyby bowiem bodźce zewnętrzne miały to znaczenie, jakie im w ogóle przypisujemy i na co prelegent większy nacisk kładzie, o wiele częściéj spotykalibyśmy się z t. zw. włóknistém zwyrodnieniem aniżeli to rzeczywiście się dzieje. Wyskok, kiła, pyły, różne np. tak rozpowszechnione wpływy szkodliwie na ustrój działające, którym właśnie w sprawie rozrostu tkanki łącznéj tak ważne znaczenie przypisujemy, o wiele rzadziéj rozrost tkanki łącznéj sprowadzają, aniżeli to z rozpowszechnionego działania tychże czynników wypadałoby. Mały stosunkowo procent ludzi ulega zmianom pylicowym, jeżeli uwzględnimy, jak znaczna ilość na wpływy te narażoną bywa. To samo odnieść można do marskości wątroby lub nerek, których bezpośrednią przyczyną mają być bodźce, jak wyskok lub kiła. Do téjże indywidualnéj różnicy w własnościach tkanki łącznéj odnieść należy różnice w wejrzeniu i składzie nerek w chorobie Brighta, polegających na różnym stopniu udziału tkanki łącznéj w zmianach chorobowych, różnorodnemi szkodliwościami sprowadzanych. Zdaniem więc kol. Browicza ogólniejszy rozrost tkanki łącznéj, nadmiernie bujającéj, powstać może u tych tylko osób, u których tkanka łączna większą

zdolnością histogenetyczną jest obdarzona bez względu na jakość bodźca zewnętrznego, pośrednio tylko działającego.

Kol. Warschauer listownie podaje swe uwagi, a mianowicie zaznacza, iż dotychczasowy podział chorób na miejscowe i ogólne utrzymuje się w całéj pełni. atoli ilość chorób ogólnych, ustrojowych z postępem czasu i skutkiem ścisłego badania bezsprzecznie się powiększy. Kol. W. zwraca daléj uwagę, że prelegent musiał wkroczyć w dziedzinę anatomii patologicznéj, gdyż ta ostatnia wprzód wykazać winna związek zmian na zwłokach spostrzeganych, by je módz zjednoczyć w chorobową jednostkę, a klinika korzystając ze wskazówek anatomii patologicznéj śledzi za pojawami, któreby umożebniły rozpoznanie choroby ogólnéj za życia. Ztąd wynika, że z postępem czasu liczba chorób ogólnych powiększyć się może, skreślenie zaś obrazów chorobowych wykona klinika na podstawie badań anatomiczno-patologicznych. Że zaś rozpoznanie za życia jest możebném, dowodem tego przypadek przez prelegenta podany, a przez kol. Poniklę obserwowany, w którym *fibromatosis* z rozrostu tkanki łącznéj otrzewnowéj rozpoznaną być mogła.

W odpowiedzi kol. prof. Browiczowi nadmienia prelegent, że nie przecząc wcale ogólnemu usposobieniu ustrojowemu lecz i owszem uważając takowe jako ważny czynnik etyjologiczny, dla tego większe znaczenie przypisuje bodźcom bezpośrednim, że przy powstawaniu wielu innych spraw chorobowych, bodźce te znakomitą odgrywają rolę, że niektóre choroby w zasadzie ściśle ustrojowe nawet bez wrodzonego tła ustrojowego rozwijają się pod wpływem bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych znaczniejszego nasilenia, wreszcie z powodu, że dwie wręcz sobie przeciwne sprawy w tkance łącznéj: rozrostowa i rozpadowa równocześnie u jednego osobnika pojawić się mogą, co zależeć może tylko od przyrody i nasilenia podniety chorobowéj. Zgadzając się w zupełności ze zdaniem kol. Warschauera twierdzi, że niemożność ujęcia dotąd zwyrodnienia włóknistego tkanin jako sprawy ogólnéj w ścisły obraz kliniczny, w obec ważności przedmiotu zachęcić właśnie powinna do tém skrzętniejszych poszukiwań.

5) Członkiem korespondentem Tow. wybrano jednogłośnie kol. Edwarda Brühla.

6) Kol. prof. Korczyński czyni wniosek: aby w imieniu Tow. wniesiono petycyję do Koła polskiego w Wiedniu o poparcie sprawy utworzenia Izb lekarskich z przymusowém należeniem do tychże. Wniosek ten przyjęto wraz z dodatkiem, aby upraszać Tow. lek. galic. o działanie w tym samym kierunku.

7) Tenże wnosi: aby Towarz. zajęło się wykonaniem portretu śp. prof. Kozubowskiego, i aby postarano się o pomieszczenie go w jednéj z sal wykładowych Uniw. Uchwalono.

8) Tenże wnosi: aby Tow. wyraziło kol. Paszkowskiemu życzenia z powodu zupełnego przyjścia do zdrowia po przebytej ciężkiéj chorobie. Uchwalono.

9) Kol. doc. Grabowski jako sprawozdawca Komitetu wnosi: aby Towarzystwo wydawało rocznik z protokołami Tow. i komisyi balneologicznéj. Wniosek przyjęto a wykonanie poruczono wnioskodawcy. (Dok. nastąpi.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Z powodu dosyć częstych przypadków oparzenia a nawet śmierci od nafty przedstawił fizyk miejski Dr. Buszek następujące wnioski zaostrzające nad nią kontrolę, które Magistrat na posiedzeniu w d. 3 bm. odbytém uchwalił bezzwłocznie wprowadzić w życie: 1) Odbywać rewizyje nafty przynajmniéj raz na miesiąc tak w składach, jakotéż i w handlach. 2) Naftę zapalną poniżéj 30°R. smołą opieczętować. 3) Naftę opieczętowaną skonfiskować albo żądać od jéj właściciela złożenia kaucyi takiéj, którąby przynajmniéj równą była jéj wartości. 4) Zwrócić kaucyje dopiero wtedy, jeżeli jéj właściciel okaże poświadczenie ze strony urzędu, np. starostwa, gdzie się destyluje naftę, że rzeczywiście zakwestyjonowaną naftę opieczętowaną pieczęcią Magistratu odebrała destylarnia do przedestylowania. 5) Zarządzić badanie nafty na rogatkach, gdy ją do miasta sprowadzają. 6) Karać znacznemi grzywnami każdego właściciela składu lub handlu nafty, jeżeli komisyja u niego znajdzie naftę zapalną. 7) Podać te zarządzenia Magistratu do wiadomości publicznéj za pomocą dzienników miejscowych i oznajmić publiczności, że może przynosić naftę do zbadania fizykowi miejskiemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 września umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 17,5 (25,2 z. t.). Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z czerwonki 6 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach czerwonki. W Londynie zapadło świeżo na ospę 10, umarło 3, leczyło się w szpitalach 84. W Wiedniu umarło z ospy 5, w Granadzie 8, w Budapeszcie 3, w Warszawie 11, w Paryżu 10, w Petersburgu 17, w Madrycie 33. Tyfus brzuszny złagodniał w Paryżu umarło 75, leczyło się w szpitalach 882. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Od 27 sierpnia do 3 września zaszedł w Saragosie 1 przypadek cholery, od 19 do 25 sierpnia w Baltimore 1, od 12—19 września w Nowym Orleanie 1, od 29 lipca do 5 sierpnia w Kalkucie 5. Biegunka zabierała mniéj ofiar pomiędzy dziećmi w większych miastach.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25.2; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 36,4; w Wiedniu 21,2; w Budapeszcie 27,5; w Pradze 23,7; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 26,7; w Wrocławiu 30,2; w Gdańsku 33,9; w Dreźnie 27,3; w Lipsku 20,0; w Mnichowie 22,7; w Bazylei 20,4; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 20,0; w Hadze 22,7; w Paryżu 23,0; w Londynie 17,0; w Kopenhadze 30,0; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 17,5; w Petersburgu 30,0; w Odesie 43.4; w Rzymie 19,0; w Wenecyi 26.9; w Bukareszcie 21,8; w Madrycie 40,2; w Lizbonie 27,9; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 26,6; w Madrasie 31,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 października. W obec kwestyi ograniczonego przyjmowania chorych do szpitali galicyjskich, tak żywo zajmującéj umysły w kraju, a nad którą i my kilkakrotnie rozwodziliśmy się, przypomina się mimowolnie sprawa „Domu ubogich fundacyi Ludwika i Anny Helclów" w Krakowie stanąć mającego. Półtrzecia roku mija od dnia śmierci śp. Anny Helclowéj, która dobra Radłowskie, wartości około 1 milijona złr. mające, przeznaczyła na urządzenie w mowie będącego zakładu. Dobra te według postanowienia testatorki miały być sprzedane w przeciągu roku po jéj śmierci, a dotychczas nie tylko nie przystąpiono do budowy gmachu, ale nawet wręcz przeciwnie arcyjasnemu postanowieniu testatorki nie sprzedano jeszcze dóbr Radłowskich, niby to z powodu, „że sprzedaż dóbr milijonowéj wartości nie może nastąpić w pewnym oznaczonym terminie." Prawda, że zakład ten przeznaczonym będzie tylko dla ubogich mieszkańców m. Krakowa wyznania katolickiego, tak że już ubogi rekonwalescent lub nieuleczny mieszkaniec Podgórza przyjętym być nie może,—ale wolę testatorki szanować należy, a dobre i to, że przynajmniéj ubodzy katolicy krakowscy z jéj woli znajdą królewskie prawie pomieszczenie. Ale cóż kiedy majątek jest za wielki, aby mógł być sprzedany w ciągu roku, nie zdołano go więc sprzedać i w ciągu $2\frac{1}{2}$ roku, a pytanie, czy kiedykolwiek znajdzie się kupiec. „Należy postępować z wszelką ostrożnością i oględnością, aby dla pośpiechu nie poświęcić dobra fundacyi!" Nie spieszmy się, niechaj raczéj „niedołęgi" wyginą, odpowie to zapewne zamiarom fundatorki! Nieporadność swoją usprawiedliwiamy zazwyczaj ubóstwem, brakiem pieniędzy, jakże nazwać tę nieporadność bogaczy, ten prawdziwy *„embarras de richesse?"* A przecież byłby czas, aby raz stanęły w kraju naszym przytuliska, tyle potrzebne dla cierpiących i celem ulżenia szpitalom; jednak rzecz dziwna, we Lwowie go nie ma dla braku w téj mierze funduszów, a w Krakowie nie ma go dla tego, że zbyt dużo jest pieniędzy wyznaczonych na taki zakład.

* **Lwów.** Na posiedzeniu w dniu 30 września odbytém Sejm uchwalił wniosek względem obsadzenia posady prymaryjusza po śp. Szeparowiczu. Jest więc sprawa załatwioną zasadniczo, teraz rozchodzi się o osobę, mającą zająć tę posadę. Nie wątpimy, że Wydział krajowy wkrótce rozpisze konkurs.

Komisyja budżetowa uchwaliła wezwać Wydział krajowy do uzupełnienia normy w sprawie przyjmowania chorych do szpitali, a to w ten sposób, aby przyjmowano także nieuleczne chorych w razie komplikacyi choroby lub zachodzącéj obawy śmier-

ci. Spodziewać się więc należy rozpraw w Sejmie nad sprawą, zajmującą umysły lekarzy i nielekarzy w kraju, a wynikiem tych rozpraw będzie zapewne niejakie złagodzenie uchwały poprzedniéj sejmowéj, którą Wydział krajowy musiał wykonać.

* **Wiedeń**. Posadę prymaryjusza w szpitalu powiatowym w Sechshaus pod Wiedniem otrzymał Dr. Langer, asystent prof. Ducheka i syn prof. anatomii.

* **Berno** morawskie. Prymaryjuszem morawskiego zakładu dla obłąkanych mianowany został Dr. Hrase.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Na posadę profesora chirurgii po Bergmanie przedstawieni zostali proff. Socin z Bazylei i Maas z Fryburga. — **Lipsk**. Katedrę Erba zająć ma prof. Heubner.

* **Wiadomości osobowe.** Starszymi lekarzami rezerwowymi mianowani zostali: Dr. Czesław Górski w 57 pułku piechoty i Dr. Karol Ritter w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

* **Nekrologija.** *Gaz. Lek.* donosi o śmierci lekarza warszawskiego Dra Arnolda Bauerertza, który cierpiąc od dawna na hypochondryję, jak się zdaje, sam sobie życie odebrał, albowiem zwłoki jego znaleziono niedaleko Gracu w rzece Mur.

W Gietyndze umarł w 83 roku życia sławny chemik, prof. Fryderyk Wöhler. Urodzony dnia 31 lipca 1800 r. w Eschersheim pod Frankfurtem n./M. był uczniem Gmelina w Heidelbergu i Berzeliusza w Stokholmie, a od r. 1836 był profesorem w Gietyndze. Do wiekopomnych jego zasług należy odkrycie sztucznego tworzenia mocznika z sinowodoru amonowego (w r. 1828) oraz odkrycie aluminu, berylu i ytru.

W Poděbradach umarł Dr. Bouček, który jako lekarz i obywatel wybitne w Czechach zajmował stanowisko. — W Chalons sur Marne umarł dziekan lekarzy francuskich Dr. Dorin w 94 r. życia; zapisał on miastu rodzinnemu swą biblijotekę i piękny zbiór ornitologiczny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 39: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)— Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem roztczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Heimanna: Przypadek choroby Sartów (wrzodu taszkenckiego); — Wolframa: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (c. d.); — Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. ADAMKIEWICZ: Mięsak rdzenia pacierzowego w miejscu wystąpienia splotu barkowego o przebiegu utajonym. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn.) Kraków 1882, in 8vo str. 24.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 11 b. m. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Obaliński poda krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki a 2) kol. Wasylewski opisze dwa przypadki cukrzycy leczone jodoformem.

Sprostowanie. W Nrze 38 na str. 1éj szpalcie 1éj w przypisku (w. 6 i 5 od dołu) zamiast: „Uciskadła elastyczne .... nie są moje“ powinno być: To nie są moje uciskadła elastyczne“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurę: Szczawnica. Pismo komitetu administracyjnego dla Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy Katedrze fizyjologii na lat dwa, mianowicie od 1 listopada 1882 do końca października 1884 roku.

Z posadą tą jest połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a,

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do d. 18 października 1882 na ręce podpisanego.

Kraków 5 października 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

L. 256. Dz. W. l.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób wewnętrznych c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego na na lat dwa licząc od 1 Października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca roczna 600 złr. w a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 18 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków d. 1 października 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Ogłoszenie.

W myśl rozporządzenia Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. p. l. 37), w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, z końcem października rb., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 15 października rb., do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7ym względnie 17ym powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 30 Września 1882.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chirurgii w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na lat dwa, począwszy od 1 października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 10 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego z stałemi dochodami rocznie 400 złr. rozpisuje się konkurs do dnia 15 października rb. Panowie życzący sobie kompetować o takową, raczą łaskawie zgłosić się do apteki miejscowéj, zkąd bliższych szczegółów zasięgną.

Gmina miasta Baranowa.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.